Effacer

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF)
5700, rue Yonge, 7e étage
Toronto ON M2M 4K5

Tél. : 416 327-8804
Sans frais : 1 800 268-6021
Téléc. : 416 327-8192

Demande de fonds pour des modifications ou de nouvelles options relativement aux appareils et accessoires approuvés par le PAAF

Fauteuils roulants et aides à la marche et au maintien en position

NOTA : *Remplir toutes les sections pour* ***chaque*** *produit.*

Section 1 – Fabricant

Nom du fabricant

Adresse

Numéro de l'édifice	Nom de la rue	Type *(rue/boul./ av./ch./cr.)*	Pt cardinal *(N/S/O/E)*	N° bureau. app.

Lot/concession/route rurale	Ville	Code postal

Section 2 – Distributeur

Nom du distributeur

Address

Numéro de l'édifice	Nom de la rue	Type *(rue/boul./ av./ch./cr.)*	Pt cardinal *(N/S/O/E)*	N° bureau./ app.

Lot/concession/route rurale	Ville	Code postal
	ON	

Section 3 – Nom de la personne-ressource

Nom de la personne-ressource *(prénom, nom de famille)*	Téléphone *(inclure l'indicatif régional)*	Télécopieur *(inclure l'indicatif régional)*
	( ) poste	( )

Section 4 – Appareil ou accessoire

1. Nom de l'appareil ou accessoire

2. Type d'appareil ou accessoire *(cocher les cases pertinentes)*

   a. ☐ Pédiatrique ☐ Pour adultes

   b. ☐ Fauteuil roulant ☐ Ambulateur à roulettes ☐ Aide au maintien en position

3. De quelle catégorie établie par le PAAF cet appareil ou accessoire fait-il partie?

Numéro de catégorie	Code de produit

4. Dresser la liste des modifications ou des nouvelles options relatives à l'appareil ou à l'accessoire. Joindre des diagrammes au besoin.

5. Fournir la licence d'établissement pour les matériels médicaux.

6. L'appareil ou accessoire a-t-il fait l'objet de tests officiels?

   ☐ Oui, joindre la formule Divulgation d'informations sur les essais préliminaires ☐ Non, expliquer :

7. Normes d'inflammabilité

   a. Les matériaux de rembourrage et de recouvrement du siège de cet article répondent-ils aux normes d'inflammabilité?

   ☐ Oui, préciser quelles normes *:* ☐ Non

   b. Pour qu'on envisage d'inscrire cet article au catalogue du PAAF, vous devez accepter de divulguer les résultats des tests d'inflammabilité, ou leur non-exécution, à la demande de clientes et clients éventuels.

   Acceptez-vous cette condition? ☐ Oui ☐ Non

 © Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2008

8. La garantie répond-elle à l'exigence minimale du PAAF (24 mois)? ☐ Oui ☐ Non (*expliquer pourquoi*):

9. Le fabricant ou distributeur possède-t-il une assurance responsabilité de 2 millions $ pour le produit en question? ☐ Oui ☐ Non (*expliquer pourquoi*):

10. Les modifications ou les nouvelles options ont-elles une incidence sur les restrictions relatives au poids de l'utilisateur ou de l'utilisatrice?

☐ Oui, *de quelle façon?* ☐ No

11. Ces modifications ou nouvelles options sont-elles mentionnées dans le manuel d'utilisation? ☐ Oui, joindre une copie ☐ Non

12. Indiquer l'incidence que les modifications ou nouvelles options ont sur les aspects suivants :	**Appareil ou accessoire actuel**	**Appareil ou accessoire modifié**
A la stabilité statique (soit la stabilité de base)		
B la stabilité dynamique (soit au moment d'exécuter des virages serrés ou d'accélérer)		
C l'efficacité des mécanismes de freinage		
D la consommation d'énergie		
E la résistance au roulement		
F les dimensions globales		
G la masse (poids)		
H le rayon de braquage		
I la vitesse maximale		
J les taux d'accélération et de décélération		

13. How do each of the changes/modifications/new options affect the following?	**Remarques**
A la sécurité	
B la capacité de passer par-dessus les obstacles (p. ex., les bords de trottoir)	
C les connexions électriques	
D le dispositif de reprise manuelle	
E la qualité structurelle	
F les fonctions (p. ex., la facilité à la mobilité autonome)	
G l'ergonomie (p. ex, les forces opérationnelles)	

Section 5 – Attestation et signature

Je soussigné(e), signataire autorisé(e) du fabricant ou distributeur, atteste que les renseignements qui précèdent sont complets et exacts.

Nom *(nom, prénom) - en lettres moulées*	Poste
Signature	Date *(aaaa/mm/jj)*

NOTA : Pour que l'appareil ou accessoire demeure sur la liste des appareils et accessoires autorisés par le PAAF, il doit continuer à répondre aux critères minimums établis par le Programme.

Veuillez renvoyer le présent document dûment rempli à l'adresse suivante :

Programme d'appareils et accessoires fonctionnels
5700, rue Yonge
7e étage
Toronto ON M2M 4K5

Imprimer